

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Dr Henri SAKON

Ancien Externe des Hôpitaux

Ancien Élève de l'École de Santé Militaire

Né le 7 Décembre 1902, à Oran (Algérie)

Contribution à l'Étude du Traitement de l'Epithélioma de la Cloison Nasale

Président : Monsieur le Professeur OMBRÉDANNE

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

PARIS

—
1929

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Dr Henri SAKON

Ancien Externe des Hôpitaux

Ancien Élève de l'École de Santé Militaire

Né le 7 Décembre 1902, à Oran (Algérie)

Contribution à l'Étude du Traitement de l'Epithélioma de la Cloison Nasale

Président : Monsieur le Professeur OMBRÉDANNE

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13
PARIS

—
1929

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER.

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BENARD HENRI.
Physiologie.....	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCC.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDAR D'ALLAINES.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ÉCAILLE.
Urologie.....	FEY.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Parasitologie.....	LAROCHE GUY.
Oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.....	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pharmacologie.....	MERCIER FERNAND.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie Pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUENU.
Physiologie.....	RICHT Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Ophthalmologie.....	VELTER.
Histologie.....	VERNE.
Obstétrique.....	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	} GUENIOT. LEQUEUX.
Parasitologie	
Physique	NEVEU-LEMAIRE.
Obstétrique	ZIMMERN.
	DEMELIN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS

DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale.....	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale.....	AUVRAY.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique médicale.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique médicale.....	LÉRI.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, agrég.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance pour toute une vie d'abnégation, de sacrifices et de dévouement.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE MONO

Pieux souvenir à ce cher disparu sitôt ravi à mon affection.

A MON CAMARADE JEAN ROSSI

A MES PARENTS ET AMIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTANT

*Chef du service d'Oto-Rhino-Laryngologie
de l'hôpital Tenon*

Laryngologiste de la Fondation Curie,

Officier de la Légion d'honneur

*qui a bien voulu m'inspirer le
sujet de cette thèse. Faible témoi-
gnage de vive reconnaissance et
de respectueuse admiration.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur OMBREDANNE

*Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette modeste thèse,
hommage de mon profond respect.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR GILBERT

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR WIDAL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUBRY

*Assistant du Service d'O. R. L. de l'hôpital Tenon
qui nous a toujours éclairé de ses
précieux conseils. Qu'il veuille
trouver ici l'expression de notre
bien sincère reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR KLOTZ

A MADEMOISELLE ZIMMER

*Interne des hôpitaux
En les remerciant de leur bien-
veillante sollicitude.*

C'est vers la fin du siècle dernier que l'épithélioma de la cloison nasale, jusqu'alors assez mal connu, a vu son histoire clinique se préciser.

On trouvera, dans une première partie de ce modeste travail, le résumé nécessaire des principales études déjà parues.

Mais au point de vue traitement, il manquait une méthode plus efficace, capable d'assurer une stérilisation définitive du mal, tout en conservant le plus possible au malade sa physionomie normale.

C'est dans la deuxième partie que l'on trouvera deux observations récentes prises à l'hôpital Tenon sur deux malades traités dans ce double but par notre maître, M. le Dr Hautant, et par M. Monod, de l'Institut du Radium.

HISTORIQUE

Quoique les tumeurs malignes primitives de la cloison ostéo-cartilagineuse soient rares elles ont été connues de tout temps.

Hippocrate signale dans son traité « *De mortis* », parmi les six espèces de polypes qu'il mentionne, un polype malin. Il précise son siège d'implantation sur l'extrémité antérieure du cartilage de la cloison nasale.

Mais la première observation précise est due à Paletta. Gerdy en avait fait un polype muqueux; il s'agissait probablement d'un sarcome, puisque l'autopsie montra une tumeur implantée sur la cloison, tumeur qui envoyait des prolongements dans le crâne, après avoir perforé la lame criblée de l'ethmoïde.

Puis le cas de Bouheben et celui du Dr Mason.

Le premier travail d'ensemble est fourni par

Casabianca, qui fait une excellente étude sur les différentes affections de la cloison et passe en revue les tumeurs malignes pouvant se développer en cette région.

Les nombreux travaux qui suivent ne sont intéressants que par la rareté des cas observés. Sont à citer :

La thèse de Delaux, en 1883;

Le cas de Jeanselme, en 1884, qui est une tumeur sarcomateuse fasciculée;

L'ouvrage de Bosworth, mémoire important sur les tumeurs malignes primitives du nez,

Et de nombreuses publications que l'on trouvera dans notre biographie.

Il faut en arriver à 1896 pour trouver un cas intéressant au point de vue traitement. Jusqu'ici, la plupart des auteurs avaient employé l'exérèse chirurgicale large.

Un nouveau mode de traitement des tumeurs est préconisé, nous voulons parler de la Radiothérapie. et aussitôt Despeignes songe à l'appliquer au niveau d'unez.

En 1898, un travail intéressant de Lermoyez et

Passon, et enfin on arrive au traitement par le Radium.

En 1903, les premières guérisons par la Radiumthérapie apparaissent avec Danlos.

En 1905, Fochessati, Pagliani, Dupeyrac emploient les Rayons X, ainsi que Fordyce, en 1907.

En 1912, on trouve dans la thèse d'Alinat et l'observation d'Oulmann un épithélioma guéri par la lumière.

En 1921, Queyrat et Degrais publient l'histoire intéressante d'un malade atteint d'épithélioma et traité par le Radium.

La récente thèse de Barrat met au point la question.

Citons enfin, en 1924, le rapport de Bourgeois et Dutheillet de La Mothe, Portmann et Poyet sur la diathermie.

ANATOMIE

L'anatomie du nez est suffisamment connue pour que nous nous bornions ici à insister sur quelques détails qui nous paraissent importants au point de vue des déductions pathologiques et thérapeutiques que l'on peut en tirer.

I. Le revêtement cutané de l'auvent nasal est formé par une peau fine comme celle du visage, adhérente aux plans sous-jacents, au niveau du lobule et des ailes, lâche et glissante sur le squelette osseux dans sa partie supérieure. Il contient des glandes sébacées en grand nombre et de grandes dimensions.

II. Le revêtement interne est formé en partie par la peau qui se prolonge à la fois sur la face

interne, sur la sous-cloison et le septum cartilagineux. On y trouve des glandes sébacées et des follicules pileux très développés (vibrisse). Elle se continue par une zone de transition (zone intermédiaire de Zuckerkandl) dans laquelle les follicules et les poils disparaissent.

Cette zone cutanée, lisse, perd elle-même ses couches superficielles, et, peu à peu, nous arrivons à une muqueuse à épithélium pavimenteux qui tapisse toute la narine et le cartilage de la cloison dans sa moitié antérieure.

Les cancers qui naîtraient de cette muqueuse seraient pavimenteux et auraient une forme histologique analogue à celle des cancers de la peau.

Au contraire des tumeurs, épithéliales cylindriques nées aux dépens du reste de la muqueuse des fosses nasales.

III. Les artères forment au niveau de la partie antérieure de la cloison de nombreuses anastomoses (tache vasculaire), elles sont branches de l'ophtalmique et surtout de la faciale. A noter les artères de la sous-cloison et dorsales du nez.

IV. Les veines sont très nombreuses sur la face externe du nez. Elles aboutissent par l'intermédiaire de la veine angulaire et de la veine faciale au sinus caverneux. Il pourrait donc y avoir dans le sinus une métastase due à la généralisation par voie sanguine, d'une tumeur externe extrêmement grave de la pyramide nasale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs siégeant à la partie antérieure de la cloison ou au niveau de la muqueuse de la face interne des narines sont : soit des épithéliomas, soit des sarcomes, soit des carcinomes. On peut dire que 60 % des tumeurs malignes sont des sarcomes et 40 % environ des épithéliomas.

I. Les épithéliomas sont pavimenteux comme ceux nés à l'extérieur sur la peau.

a) L'épithélioma pavimenteux lobulé ou spino-cellulaire est formé de cellules épithéliales qui s'enfoncent dans le derme après avoir rongé la basale et y avoir pratiqué une solution de continuité. Ces proliférations néoplasiques amènent une forte réaction conjonctive, qui les divise et les encercle formant ainsi de véritables îlots de tumeur dans lesquels on trouve des globes épidermiques

dûs à la kératinisation des couches superficielles et à leur compression.

Le centre des globes épidermiques est formé d'un amas corné autour duquel sont rangées, comme imbriquées en bulbe d'oignon, les cellules en forme de croissant.

Les noyaux sont à mitoses atypiques avec triple ou quadruple division.

Le protoplasme est à larges vacuoles. Nombreuses cellules anormales.

Ces monstruosités cellulaires en grand nombre montrent en même temps, que la fréquence des mitose est en rapport avec la malignité du cancer.

b) L'épithélioma tubulé ou baso cellulaire est constitué par des cellules ressemblant à la couche basale de Malpighi, qui s'introduisent dans le derme sous-jacent en longs tubes qui peuvent se croiser, et s'anastomoser formant un véritable réseau.

Il n'y a pas de globes épidermiques.

Les monstruosités, moins accentuées que dans le lobulé, sont en rapport avec la malignité.

Dans le carcinome, la tumeur est formée de cellules épithéliales qui se groupent par paquets, entre les faisceaux plus ou moins épais de tissu conjonctif formant le stroma; celui-ci englobe les cellules épithéliales, les tasse les unes contre les autres sans aucun ordre.

Il renferme des vaisseaux et des lymphatiques en rapport avec les cavités des alvéoles.

Le sarcome mélanique est un *nœvo* carcinome.

Au point de vue anatomo pathologique, le sarcome est, soit encéphaloïde ou embryonnaire, soit myéloïde (à médullocèles ou à myéloplaxes), soit un sarcome telangiectasique.

Dans ce chapitre nous placerons l'index kario-kinétique qui a une grosse valeur au point de vue radiumthérapie; on désigne sous ce nom le rapport des cellules néoplasique en division, à celui au repos, comptées sous le champ microscopique.

SYMPTOMATOLOGIE

Les tumeurs malignes de la cloison cartilagineuse se voient en général chez des malades ayant dépassé la cinquantaine.

Elles naissent le plus souvent au niveau du tiers antérieur. Le début est lent et insidieux, mais cette période de latence est moindre que dans les autres formes de cancer du nez.

C'est dans cette forme que l'on observe le plus précément les signes fonctionnels, qui attirent l'attention du malade.

Celui-ci vient consulter soit pour :

1) Un écoulement nasal unilatéral, muqueux, muco-purulent ou sanieux survenant au début à l'occasion des efforts de mouchage, ou après un léger grattage de l'orifice narinaire, causé par un prurit tenace. Il ne cesse jamais complètement et sa date de début est toujours incertaine ;

2) Des épitaxis, d'abondance minime, mais répétées, et dont la fréquence inquiète le malade ;

3) Un léger degré d'enchifrènement, d'obstruction nasale unilatérale et progressive.

Il faut bien insister sur ce point capital : ce qui fait la bénignité, toute relative d'ailleurs, des tumeurs de cette région de l'aument nasal, c'est la précocité des signes fonctionnels, qui fait que le malade consulte au début de son affection.

L'examen à cette période montre :

A la rhinoscopie antérieure :

Une tuméfaction rougeâtre, infiltrée, de petites dimensions, légèrement bourgeonnante ou au contraire irrégulièrement bosselée, recouverte d'une muqueuse sensiblement normale parcourue de petits vaisseaux.

A la rhinoscopie postérieure : rien.

Beaucoup plus rarement on pourra observer comme mode de début :

Un type ganglionnaire, rétro maxillaire;

Ou un type auriculaire : avec hypoacousie progressivement croissante, bourdonnements; plus rarement otite moyenne aiguë;

Ou un type oculaire : épiphora, conjonctivite ou dacryocystite rebelle, diminution de l'acuité visuelle, diplopie.

Tous ces cas ne se rencontrent, dans les néos de la cloison, que lorsque la tumeur prend naissance au niveau du cornet moyen, ou à une période plus avancée.

Si le malade n'a pas été vu à la période de début (ce qui est rare et le deviendra de plus en plus), les signes fonctionnels et objectifs augmentent d'intensité.

L'écoulement nasal devient franchement purulent, jaune verdâtre, souvent strié de filets de sang, fétide; sa fétidité n'est pas celle de l'ozène, mais celle du sphacèle, signe de grosse valeur diagnostique.

L'obstruction nasale augmente sans rémission, pour devenir complète au bout d'un temps plus ou moins long.

Dans certaines formes malignes, celle-ci est atteinte au bout de quelques semaines seulement

Elle s'accompagne de troubles de :

- 1) La respiration;
- 2) La phonation (rhinolalie fermée) ;
- 3) L'audition otite catarrhale exsudative, rarement otite moyenne adhésive ;
- 4) L'olfaction : diminution constante plus ou

moins marquée de l'odorat, pouvant aller jusqu'à l'anosmie ;

5) L'épithora est souvent signalé et serait dû à l'oblitération de l'orifice nasal du canal lacrymal.

Phénomènes sensitifs.

Le plus souvent, névralgie faciale ou sous-orbitaire, quelquefois cependant on ne note aucune douleur.

Signes objectifs.

Parfois on peut faire un examen direct en relevant avec le doigt le lobule du nez.

Le plus souvent, on observe à la rhinoscopie antérieure, après avoir fait rétracter les cornets et enlevé les croûtes :

Si c'est un sarcome,

Une tumeur fixe, sessile, beaucoup plus rarement pédiculée, recouverte d'une muqueuse blanc rosé, grisâtre ou rougeâtre, s'ulcérant d'une façon tardive seulement. Au début, on la délimite assez bien avec le stylet. Cette manœuvre fait souvent naître un suintement sanguin.

Si c'est une épithélioma :

Une masse irrégulière, charnue, de couleur rose ou rouge, bourgeonnante, rapidement ulcérée; les

bords de cette ulcération sont durs, saillants, non décollés.

Le stylet montre la consistance particulière de l'infiltration épithéliomateuse.

Il ramène du sang et du pus fétide.

Enfin, il existe une période d'envahissement dont les signes sont communs à tous les cancers du nez.

Propagation par continuité.

La tumeur envahit :

a) En avant, l'orifice narinaire;

b) En arrière, le naso pharynx et le sinus sphénoïdal;

c) En dehors, l'orbite et le sinus maxillaire;

d) En dedans, l'autre fosse nasale.

On peut observer, même au début, la tumeur épaissir la cloison en bloc et refouler la muqueuse de l'autre narine;

e) En bas, la cavité buccale;

f) En haut, la cavité crânienne et le sinus frontal.

DIAGNOSTIC

Etablir, *dès le début*, le diagnostic précis d'une tumeur de la cloison, est d'une extrême importance, puisque de cet examen doivent résulter les indications pronostiques et thérapeutiques.

Souvent les caractères apparents ne suffisent pas à faire de diagnostic, et l'examen microscopique devient d'une nécessité absolue.

Les affections qu'on peut confondre avec les néoplasmes malins sont nombreuses.

On doit éliminer rapidement les hématomes de la cloison, les abcès, les corps étrangers. Les polypes muqueux, dont le développement dans cette région est très rare et qui ont leurs caractères propres.

Il est une affection bénigne qu'il est difficile de différencier d'avec les sarcomes, dont elle se rapproche par la plupart de ses symptômes : c'est l'adénome des fosses nasales.

D'ailleurs cette maladie peut facilement subir la transformation épithéliomateuse.

Cependant, l'adénome présente quelques caractères particuliers qui permettent de le reconnaître. Si à son début il est comme les tumeurs malignes, d'une indolence absolue, il en diffère par la lenteur de son évolution, et l'absence d'hémorragies et de ganglions. Sa consistance est dure, se rapprochant de celle de l'enchondrome et, signe particulier, il n'a aucune tendance à envahir les tissus voisins.

Les papillomes des fosses nasales, décrits par Hopman, et qui se confondent si souvent avec l'adénome, comme le font remarquer Cornil et Ranvier, peuvent aussi être pris pour un épithélioma, d'autant plus qu'ils sont susceptibles de subir, à un moment donné de leur évolution, la transformation en tumeur maligne.

Survenant chez les gens âgés, ils ont l'aspect de l'épithélioma, mais leur surface est granuleuse, et d'un gris rosé. Leur tendance destructive est nulle; ils n'envahissent pas les os, s'ulcèrent rarement, et ne produisent pas de suintement fétide ni d'hémorragies.

Les tumeurs ulcérées de la cloison, si fréquentes dans les états diathésiques, syphilis, tuberculose, pourraient en imposer quelquefois pour une tumeur maligne en voie de destruction.

Mais dans l'ulcère syphilitique, il y a peu d'hémorragies, la suppuration est abondante, les os sont rapidement attaqués. De plus, les antécédents peuvent être d'un précieux secours dans l'appréciation du diagnostic.

Les ulcérations de la tuberculose ne se présentent que chez des individus dont les poumons ont déjà subi une atteinte sérieuse, et, on peut facilement retrouver le B. K. à la surface de l'ulcération.

Dans la forme de tuberculose nasale décrite par Cartaz, l'ulcération siège, sur une base souple, non indurée; la marche envahissante est bien moins rapide.

Les ulcérations lupiques sont superficielles, étalées, peu profondes, à tendance bourgeonnante, à bords décollés et déchiquetés; la surface est grisâtre, recouverte d'une semis de petites granulations; l'indolence est absolue, toutefois l'ulcère a une tendance à envahir le perichondre et le cartilage.

Les angiomes pourraient prêter à une certaine confusion, mais Luc a montré qu'on pouvait les reconnaître aux caractères suivants : la couleur est plus rouge, la surface plus lisse, tendue, rénitente. Dans les cas douteux, la ponction exploratrice et la

recnerche de quelques naevi sur le corps aideront le diagnostic.

Les ostéomes se distinguent par la résistance que la tumeur donne au stylet, par sa dureté toute spéciale, par la marche essentiellement lente de l'affection, par l'absence d'hémorragies, de suintement purulent et d'engorgement ganglionnaire.

Hébra a décrit une affection néoplasique du nez qu'il appelle le rhinosclérome.

Celui-ci évolue lentement, se présente sous forme d'une tumeur rougeâtre, parfois fongueuse et papilliforme, qui peut présenter des alternatives d'aggravation et d'amélioration; de plus, il n'a aucune tendance à prendre un caractère malin.

Après avoir établi la nature maligne d'une maladie de la cloison, il est encore nécessaire de savoir à quel genre de tumeur elle appartient, d'en reconnaître la variété, de voir si elle présente des ramifications, si elle a une tendance à se propager vers les cavités voisines.

Il faut savoir que l'épithélioma se présente surtout chez des personnes âgées, sous la forme d'une tumeur fongueuse mamelonnée, souvent ulcérée, et produisant à une période avancée des hémorragies importantes.

L'amaigrissement est rapide, la cachexie inévitable et il y a toujours engorgement de ganglions sous-maxillaires.

Le diagnostic doit toujours être confirmé par le laboratoire. De là la nécessité de faire une biopsie, en présence d'une tumeur suspecte de la cloison.

Le fragment prélevé sera envoyé au laboratoire avec toutes les indications nécessaires concernant la forme de la tumeur, son siège, son ancienneté et les traitements antérieurement institués.

PRONOSTIC

Le pronostic des tumeurs de la cloison est grave, mais, comme l'a dit avec beaucoup de raison Dreyfus : « Les affections du septum considérées au point de vue de la survie, ou plutôt du mal, fournissent un pronostic beaucoup plus favorable que celles de la région nasale supérieure; la raison en est qu'on les reconnaît plus tôt et plus facilement, et qu'en se développant hors de l'orifice du nez, elles attirent l'attention des malades les moins intelligents. »

TRAITEMENT

Nous ne citerons que pour mémoire les différents traitements par les agents chimiques.

Hippocrate conseillait la cautérisation et un pansement avec de l'ellébore et de la fleur de cuivre cuite dans le miel.

On a également conseillé les cautérisations par l'acide chronique, ou l'acide arsénieux, le chlorate de potasse.

C'est du traitement chirurgical seul qu'étaient justiciables les tumeurs de la cloison, avant l'avènement de la Radio et la Radiumthérapie.

Les traitements actuellement en présence sont :

A) Soit le traitement chirurgical ;

B) Soit le traitement par des méthodes physiques (diathermie, radio ou radiumthérapie) ;

C) Soit l'association de ces deux méthodes.

A) *Traitement chirurgical.*

1) Voie endonasale.

Cette voie ne peut être employée avec succès que dans les cas des néoplasmes qui nous intéressent, et encore faut-il faire une réserve au sujet des prolongements suspects.

Même dans les néoplasmes nettement localisés on n'opérera par voie endonasale que si l'examen histologique écarte l'idée d'une tumeur à envahissement rapide, et à grande malignité.

2) Par voie externe.

Dans l'étage inférieur du nez, on aura à choisir entre la transmaxillo nasale de Moure, avec ablation large du plateau palatodentaire, et la résection du bloc mandibulo palatin par voie buccale. (Sébi-leau.)

B) *Agents physiques.*

1) Diathermie.

Quels sont les avantages de cette méthode :

a) C'est d'abord une destruction non sanglante, avantage précieux, car dans cette région, l'hémostase est difficile et la chute du sang dans les voies aériennes est une source importante de complications ;

b) C'est ensuite une opération aseptique ;

c) Enfin elle est stérilisante, c'est-à-dire que l'ensemencement opératoire des cellules cancéreuses n'est pas possible par les vaisseaux sanguins et lymphatiques bloqués.

Malheureusement, lorsque la chirurgie n'a pas au préalable fait une large voie d'accès, la diathermo-coagulation ne peut avoir que des indications limitées. Elle pourra être employée dans les cas de cancer de la sous-cloison ou quand la tumeur sera de petit volume, facilement accessible par l'orifice narinaire et dont on peut suivre par les voies naturelles les différents prolongements.

Il faut se méfier des brûlures étendues, le malade étant sous le sommeil chloroformique et ne réagissant pas; on placera sous ses fesses une plaque métallique recouverte d'un carré de toile humectée d'eau salée, ou simplement un grand carré de caoutchouc.

La dose de choix serait de 800 à 900 milliampères.

• Mais les réactions sont vives. Il apparaît un œdème considérable qui peut durer une semaine.

Les escarres se dessèchent et tombent du douzième au quinzième jour, remplacées par des petits bourgeons rosés, saignant peu ou pas, bien

différents des bourgeons cancéreux. Il faut résister à la tentation de les détruire par une seconde application diathermique, car l'épidermisation serait considérablement retardée. La seule complication avec laquelle on ait à compter en pratique, c'est l'hémorragie provenant de la destruction limitée à une portion de la paroi d'un vaisseau. Elle est rare et varie d'importance avec le calibre de ce dernier.

RÖENTGEN ET CURIETHÉRAPIE.

Nous nous attacherons surtout à la curiethérapie qui a donné jusqu'ici les résultats les plus remarquables.

Considérations générales.

Le Congrès international de Strasbourg a nettement mis au point la question. Tout d'abord l'index karyokinétique pourra être pris pour base de durée d'irradiation et on pourra établir en général :

a) Qu'à index faible équivaldront des doses moins intenses et plus prolongées ;

b) Qu'à index élevé équivaldront des doses fortes et des irradiations plus courtes.

Toutefois, ces directives sont difficiles à préciser dans le détail.

Les causes d'erreur peuvent résider dans l'exploration au microscope d'un nombre insuffisant de champs ; à un champ très riche en karyokinèses peut succéder un champ très pauvre.

Comme l'a fait remarquer Proust, la Curie et la Radiothérapie sont, au fond, basées sur la loi de « Radiosensibilité des cellules vivantes » de Bergonié et Tribondeau, qui jusqu'ici n'a jamais été infirmée.

Unité de mesure radio active :

L'unité curie est la quantité d'émanations produite à l'infini par un gramme de Radium pur en équilibre radio actif.

1 gr. de Radium = 0,00751 curie d'émanation, l'unité curie est trop forte pratiquement ; on emploie ordinairement la millimillicurie.

M. Regaud évalue la dose en millicuries d'émanation détruites.

1 millicurie détruit équivaut à 250 milligrammes-heures de bromure de Radium.

Choix des agents de rayonnement.

C'est aux rayons de très courte longueur d'onde, les plus spécifiques et les plus électifs que l'on doit recourir (Regaud).

La curiethérapie se montre, comme la méthode de choix, la Radiothérapie viendra en second lieu. Celle-ci peut être utilisée seule, à traiter les épithéliomas baso-cellulaires, alors que pour les spino-cellulaires on pourra l'associer pour l'irradiation des territoires lymphatiques.

La radiumthérapie s'impose pour le traitement des épithéliomas spinocellulaires du nez qui ne sont pas plus radio résistants que les baso cellulaires, contrairement à l'opinion classique.

Les causes d'échec (Regaud) du traitement radiumthérapique relèvent de la radio-immunisation des cellules cancéreuses vis-à-vis des doses radiantes insuffisantes proportionnellement à la surface et au volume des tumeurs considérées.

De là un principe :

La dose épidermicide de stérilisation doit être donnée d'emblée à toute l'étendue du territoire néoplasique.

La radiumthérapie se fait soit :

1° Par applications extérieures ;

2° Par radumpuncture ;

3° Par association de ces deux méthodes.

La méthode de choix dans les cas d'épithélioma de la cloison consiste en application externe de radium ; celui-ci repose sur un masque en pâte « Columbia » (mélange de cire et de sciure de bois) qui se moule exactement sur la pyramide nasale.

L'appareil possède trois points d'appui, l'un médian naso-frontal, les deux autres latéraux, malaire. La portion médiane épouse la configuration externe du nez. La protection des yeux se réalise à l'aide d'un écran de plomb de 1 à 3 mm. d'épaisseur. L'importance des tubes inclus dans l'appareil se règle suivant les dimensions de la tumeur et sa variété anatomo-pathologique.

L'épaisseur de cire est de un demi à un centimètre. Les tubes ou les aiguilles peuvent être disposés soit verticalement, soit horizontalement pour réaliser une irradiation homogène que l'on vérifiera par les spectres d'irradiation.

L'essentiel est de frapper vite et fort. Pour renforcer l'effet des irradiations et réduire le temps de l'application, on doit, chaque fois que cela sera possible, employer la méthode de Wickham et Degrais, dite des feux croisés. Elle consiste à répartir la valeur radio active d'un tube en deux, trois ou quatre fractions ; on place les tubes ainsi formés en deux, trois ou quatre points de la tumeur.

Cette méthode a de gros avantages pratiques. La distribution de la radioactivité dans les tissus est plus homogène et l'action plus intense dans la profondeur ; ce qui permet une application sensiblement plus courte et des doses moindres.

Regaud (*Paris Médical*, 1920) montre l'utilité de cette méthode ; d'après lui, si on frappe les lésions de la périphérie avec une dose insuffisante, on peut donner un coup de fouet à la tumeur. La méthode des feux croisés a cet avantage sur les autres méthodes, de frapper partout également.

La radiumpuncture consiste à implanter dans la tumeur des aiguilles chargées d'un corps radio actif, celui-ci étant disposé à la surface de l'aiguille, ou bien introduit dans une aiguille creuse.

Ce procédé a l'avantage d'être le plus économique de tous, mais n'est pas à conseiller dans le cas qui nous intéresse.

Nous avons examiné tour à tour les résultats fournis par les différentes méthodes de traitement et il nous est apparu que dans chacune il y avait des avantages et des inconvénients.

L'exérèse chirurgicale, pour être efficace, doit être large, l'opérateur devant avoir comme souci constant d'opérer en tissu sain ; ce qui sous-entend une mutilation plus ou moins importante mais constante. Les effets du Radium à travers l'épaisseur de la peau des narines peuvent être difficilement réglés ; de deux choses l'une : ou bien les doses sont faibles et la stérilisation insuffisante, ou bien les doses sont trop fortes et l'on voit apparaître de l'atrophie des tissus voisins et quelquefois même de la radio-nécrose.

La dernière partie de ce travail se propose d'exposer la méthode nouvelle employée par notre maître, M. le docteur Hautant.

ASSOCIATION DE LA CHIRURGIE ET DE LA CURIETHÉRAPIE

Le traitement préconisé par le Docteur Hautant consiste essentiellement en trois temps :

1° Temps chirurgical : désinsertion des ailes du nez un peu en dehors du sillon naso-jugal ; rabattement de celles-ci sur le dos du nez et suture entre elles par leur cruantée. On a créé ainsi une voie d'accès, non pour l'exérèse, mais pour l'application du Radium.

La tumeur est mise à nu, on résèque au besoin la portion des cornets susceptible de gêner la pose de l'appareil radifère ;

2° Temps. Irradiation :

Après un laps de temps variant de dix à quinze

jours, alors que tout est rentré dans l'ordre, on envoie le malade au radiumthérapeute.

Celui-ci moule avec de la pâte « Columbia », rendue malléable, par chauffage au bain-marie, un appareil qu'il applique exactement sur la région maxillo-nasale ainsi préparée. Dans la convexité de l'appareil, on creuse des petites niches dans lesquelles viendront prendre place les différents foyers de Radium qui irradieront en feu croisé.

L'épaisseur de cire, des foyers à la lésion, est de 1 cm.

Les quatre bords de l'appareil sont légèrement rabattus en avant sur une longueur de deux ou trois centimètres et dans les portions rabattues sont incluses des lames de cuivre ou de plomb de 3 mm. d'épaisseur pour protéger les parties saines.

L'appareil s'arrête en haut aux régions sous-orbitaires, et en bas au niveau du bord inférieur de la lèvre supérieure.

Les tubes qui constituent les foyers sont séparés entre eux par une distance de 7 mm.; on les filtre au moyen d'une épaisseur de platine de 1 mm.

3° Temps chirurgical :

Deux ou trois jours après l'abandon de l'appareil, on rabat les narines après avivement des surfaces de section, et on les suture dans leur position normale.

Accidents post-opératoires.

Ils sont bénins.

1) L'hémorragie après chaque intervention est assez difficile à arrêter. Cela s'explique par la riche vascularisation des régions incisées.

Mais cette hémorragie est peu importante et n'arrivé jamais à devenir inquiétante.

2) La coaptation défectueuse des lambeaux remis en place, après le deuxième temps opératoire. Cela tient sans doute à ce que les tissus irradiés ont une vitalité moindre.

Mais chez nos deux malades, au bout de quelques mois, la cicatrisation des ailes du nez est parfaite.

Du point de vue dose, la quantité de Radium à employer est de 1,25 à 1,30 millicurie détruite par cm² de lésion.

En effet, le malade de notre deuxième observation avait reçu une dose un peu moins forte. Aussi a-t-il fait une très légère récidence que la diathermie a parfaitement stérilisée.

C'est dans ces cas que la diathermie peut rendre de grands services.

On n'aurait pas pu traiter de nouveau ce malade par le Radium puisqu'on sait actuellement que les épithéliomas qui ont résisté à un premier traitement par les irradiations deviennent de plus en plus radio-résistants au fur et à mesure qu'ils sont soumis à de nouvelles irradiations.

On provoque également cette radio-immunisation en employant des doses trop fractionnées, trop espacées ou trop répétées.

Chez ces malades antérieurement irradiés, qui récidivent, on a le choix entre l'exérèse chirurgicale large et la diathermie.

Le traitement chirurgical nous aurait fait perdre le bénéfice de la méthode employée, à savoir la conservation de l'esthétique.

Restait la diathermie qui fut largement appliquée autour du foyer de récidence et qui donna

d'excellents résultats. Le malade conserve une large perforation de la cloison cartilagineuse, mais la sous-cloison ayant été conservée puisque saine, l'architecture de la pyramide nasale reste intacte.

Avantages de cette méthode.

La tumeur est directement sous les yeux, on peut calculer sa surface, son épaisseur et doser la dose de Radium à employer.

L'expérience montre qu'il faut 1,20 à 1,25 milli-curie détruite par cm^2 de lésion. Surtout le Radium est appliqué sur la tumeur sans interposition des ailes du nez.

Regaud a formulé la loi suivante :

A savoir que l'irradiation est en raison inverse du carré des distances. Ici la distance est réduite au minimum. De plus, le malade sera toujours reconnaissant au chirurgien de l'avoir traité par une méthode non mutilante.

OBSERVATION N° 1

Due à l'obligeance de M. le docteur Hautant

M. Sch., 69 ans.

Antécédents héréditaires :

Père mort à 53 ans, cause inconnue.

Mère morte à 43 ans d'anémie.

Antécédents personnels :

Bonne santé antérieure. Une sciatique à 24 ans.
Pas de syphilis.

Marié. Femme bien portante ; un fils bien portant.

Maladie actuelle :

Début il y a plusieurs années par l'apparition d'une petite excoriation siégeant sur la partie

droite de la cloison du nez, tout près de son extrémité inférieure.

En 1926, la cloison nasale s'est mise à augmenter de volume.

Pas de douleur.

Le malade va consulter au Val-de-Grâce, où on l'a opéré ? Excision étroite sous-anesthésie locale.

L'analyse du fragment retiré avait montré qu'il s'agissait d'un épithélioma épidermoïde du type intermédiaire, à cellules spineuses prédominantes, et formation de globes cornés, mitoses peu nombreuses.

Novembre 1926. Etat actuel :

Tumeur occupant toute la partie inférieure de la cloison nasale, depuis sa base d'implantation, jusqu'au lobule du nez ; celui-ci ne paraît pas infiltré.

Dimension de la tumeur : 21 mm. en haut, 21 mm. en largeur à la base.

La tumeur fait saillie dans la narine droite ; elle est ulcérée en surface.

La tumeur est moins saillante dans la narine gauche, et non ulcérée. Les ailes du nez sont indemnes.

26 novembre 1926 :

Opération faite par le Docteur Hautant, à Tenon. Anesthésie générale à l'éther. Désinsertion des narines un peu en dehors du sillon naso-jugal ; les narines sont rabattues sur le dos du nez et suturées l'une à l'autre dans cette position. Section de la partie inférieure des cornets inférieurs.

A la suite de l'opération, le malade a de légères hémorragies répétées qu'on a de la peine à arrêter par des pansements compressifs.

2 décembre 1926 :

Première application de Radium.

Pose d'un appareil de surface appuyant directement sur la cloison, sur la partie inférieure du lobule du nez et remontant sur le dos du nez.

L'irradiation porte en feu croisé sur tout le lobule du nez, la partie supérieure de la lèvre ; les régions voisines sont protégées de tous côtés par une épaisseur de 2 mm. de platine garni de cuivre.

8 décembre 1926.

Fin de l'application qui a été bien supportée, sans incident.

Il a été porté 5 fois 4 heures ; 2 fois 2 h. 30.

Dose donnée du 2 au 8 décembre 1926 :

47,5 mcd. : surface irradiée, 46 cm² ; distance du foyer à la lésion, 1 cm. 5 ; filtration, 1 mm. de platine par cm² : 1 mcd.

11 décembre 1926 :

Deuxième opération : Docteur Hautant.

Anesthésie générale à l'éther.

Rabattement des narines après avivement des surfaces de section. Sutures aux crins. Pansement compressif.

13 décembre 1926 :

Le malade présente une rougeur de teinte érysipélateuse sur le nez, les pommettes et les narines. Petit point de suppuration à la partie supérieure de la cicatrice opératoire à gauche.

Suintement continuuel le long de la plaie opératoire à droite.

16 décembre 1926 :

Décollement de l'aile droite du nez.

La cavité creusée dans la joue est remplie de caillots noirâtres, très adhérents, qu'on enlève à la pince avec précaution, le malade ayant une grande tendance à saigner.

A gauche, la suture paraît avoir bien tenu.

La tumeur elle-même a considérablement diminué.

20 décembre 1926 :

Diminution sensible de la tumeur, surtout marquée du côté droit.

La suture gauche reste adhérente ; à droite elle est complètement désunie.

14 janvier 1927 :

Cicatrisation complète des deux ailes du nez.

L'épaisseur de la cloison a beaucoup diminué.

25 janvier 1927 :

Sur l'extrémité antérieure du bord droit de la cloison, petite dépression en avant de laquelle on trouve une toute petite bosselure qui ne paraît pas indurée.

Malade à revoir.

28 janvier 1927 :

Sur la partie latérale de la cloison, petite dépression, mais guérison complète en apparence.

4 février 1927 :

Guérison apparente complète. Souplesse parfaite du lobe du nez.

4 mars :

Bon état. Pas de ganglions.

3 juin :

Guérison en apparence complète.

8 août :

Le malade vient parce qu'il présente un point induré et douloureux à l'extrémité antérieure de l'orifice nasal, sous la sous-cloison. Pas d'ulcération. Nodule sans caractère néoplasique.

14 octobre :

Très bon état ; apparence de guérison complète. Le malade a seulement le lobule du nez froid et se plaint de sécrétions nasales trop abondantes.

10 février 1928 :

Guérison en apparence parfaite.

Lettre : très bon état.

15 juin 1929 :

Le malade est revu à Curie et semble parfaitement guéri.

OBSERVATION N° 2

Personnelle

M. P..., 76 ans.

Localisation néo de la cloison nasale.

Chirurgie le 26 février 1929.

Curiethérapie le 6 mars 1929.

Antécédents héréditaires :

Père mort à 78 ans, hernie étranglée.

Mère morte à 69 ans de congestion pulmonaire.

Tous les collatéraux sont bien portants.

Antécédents personnels :

Très bonne santé apparente.

Colique néphrétique en 1902.

Femme, 75 ans, bien portante.

Pas d'enfant.

Pas de spécificité.

Maladie actuelle :

Début il y a six mois environ, par l'apparition d'une toute petite nodosité, grosse comme une tête d'épingle, siégeant à la partie antérieure de la sous-cloison du côté droit, à la limite du lobule avec la sous-cloison.

A ce moment-là le seul symptôme anormal est un prurit localisé au niveau de la tumeur.

Ni rougeur, ni épistaxis, ni écoulement nasal insolite.

Jusqu'au 1^{er} janvier, cette nodosité n'ayant pour ainsi dire pas changé d'aspect, le malade n'y prêta pas attention.

Au 1^{er} janvier, la cloison s'est mise à augmenter de volume.

De plus, le malade se plaignait d'un suintement, rosé, non fétide, peu abondant, mais continu.

Prurit toujours à noter.

Ni céphalée, ni douleur, ni enchrifrènement, légère obstruction nasale du côté droit.

A ce moment, sur les conseils de son médecin, il vient consulter à Tenon.

On pratique immédiatement une biopsée.

Le 25 février 1929 :

Nous examinons le malade pour la première fois

Signes fonctionnels :

Outre le suintement sanieux, le malade accuse une obstruction nasale marquée, à droite, qui va en s'accroissant dans la journée, pour devenir complète la nuit.

La voix est un peu nasonnée, le malade prononçant mal les diphtongues nasales.

Leger enchrifrènement.

Signes physiques :

La tumeur.

Déjà à l'examen direct, en relevant le lobule, on aperçoit au niveau de la sous-cloison une tumeur

qui semble s'étendre sur toute la surface de cette sous-cloison et empiéter sur la partie inférieure de la cloison cartilagineuse.

Cette tumeur qui, aux dires du malade, aurait débuté à droite, a envahi le côté gauche de la sous-cloison.

Elle se présente sous l'aspect d'un bourgeon charnu, irrégulier, de couleur rosée, ulcérée. Les bords de cette ulcération sont durs, saillants, non décollés. Il suinte un liquide sanieux et fétide.

La partie supérieure de la cloison sus-tumorale est épaissie, mais ne semble pas néoplasique. Pas de ganglions sous-maxillaire.

Dimensions de la tumeur :

Carré de 25 mm. de côté environ. Epaisseur de 50 mm. environ.

La biopsie précédemment pratiquée a donné les résultats suivants :

Epithélioma ulcéré qui semble surtout végétant.

Evolution épidermoïde complète.

Mitoses en nombre modéré.

26 février 1929 :

Opération faite par le Docteur Hautant, à Tenon.

Anesthésie générale au chloroforme.

Désinsertion des ailes du nez un peu en dehors du sillon naso-génien.

Rabattement des lambeaux ainsi formés, sur le dos du nez, sutures aux crins dans cette position (planches 1 et 2).

A la fin de l'opération et dans l'après-midi, hémorragies peu importante, mais tenaces, ayant nécessité une piqûre d'anthéma et plusieurs pansements compressifs.

Les jours suivants, attouchements des surfaces de section à l'alcool, et pansements au sérum physiologique.

Le 6 mars 1929 :

Le malade entre à l'Institut Curie.

Le 8 mars 1929 :

Première application de Radium.

Pose d'un appareil de surface, appuyant directe-

ment sur la cloison, sur la partie inférieure du lobule, et remontant sur le dos du nez jusqu'aux rebords sous-orbitaires.

L'irradiation porte en feu croisé sur tout le lobule, la partie supérieure de la lèvre ; les régions voisines sont protégées par une épaisseur de 3 mm. de plomb.

Le 13 mars :

Fin de l'application qui a été bien supportée.

Dose donnée du 8 au 13 mars :

39 mcd 8 ; surface irradiée, 33 cm² ; distance des foyers à la lésion, 1 cm. ; filtration, 1 mm. de platine par cm² : 1,02 mcd.

L'appareil a été porté 5 fois 4 heures le matin, et 5 fois 4 heures le soir, soit 40 heures en tout.

Le 14 mars :

Retour à Tenon.

La tumeur a considérablement diminué.

Aspect beaucoup moins bourgeonnant,

Le 16 mars :

Deuxième opération du Docteur Hautant.

Anesthésie générale au chloroforme.

Rabattement des ailes du nez après avivement des surfaces de section.

Suture aux crins, pansement compressif.

La peau du dos du nez accuse une légère réaction au Radium. Il y a formation de quelques croûtes sous lesquelles apparaissent quelques gouttes de pus.

Lavage à l'alcool et au sérum physiologique.

Le 29 mars :

Plus de traces de réaction au radium.

La suture s'est désunie au niveau du crin inférieur à gauche.

Le 15 avril :

Au niveau de la partie inférieure de la cloison à droite, apparition d'un petit bourgeon biopsie.

Le 25 avril :

L'examen microscopique du fragment suspect décelé quelques rares bourgeons néoplasiques.

La dose de Radium semble avoir été insuffisante.

Le 29 avril :

Application diathermique faite par le Docteur Aubry.

Au couteau diathermique, on enlève un lambeau circulaire de la cloison cartilagineuse ayant pour centre le foyer de récidence. On respecte une bonne attelle au niveau de la sous-cloison qui semble saine.

Extérieurement, l'architecture nasale reste conservée.

Le 10 mai :

Le malade présente une large perforation de la cloison nasale, à la périphérie de laquelle se trouvent des bourgeons de cicatrisation, d'aspect non néoplasique.

Il se forme quelques croûtes que l'on retire tous les jours à la pince.

Le 10 juin :

La cicatrisation n'est pas complète, mais le malade accuse un excellent état général.

Le 1^{er} octobre 1929 :

Le malade est revu à Curie.

La perforation nasale persiste, mais entouré de tissu paraissant parfaitement sain.



PL. N° 1

La chirurgie a créé une voie d'accès pour l'appareil
radifère. — Profil.



Pl. N° II

Face

CONCLUSIONS

Le traitement de choix des épithéliomas de la cloison nasale semble être la Radiumthérapie par applications externes.

1° L'irradiation peut se faire en plaçant les foyers radio-actifs dans un masque moulé sur la pyramide nasale, sans aucun artifice ;

2° Ce qui est préférable dans tous les cas, c'est de créer une voie d'accès au moyen d'une intervention chirurgicale. Cette méthode permet d'appliquer le Radium directement sur la tumeur. On peut ainsi :

a) Bien mesurer la surface à irradier ;

b) Appliquer le Radium le plus près possible de la tumeur, ce qui est recommandable, puisque l'irradiation est en raison inverse du carré des distances ;

c) Diminuer les doses et la durée du traitement radiumthérapique ;

d) Respecter l'esthétique de la pyramide nasale.

La méthode de choix est la méthode dite des feux croisés.

La dose de choix est de 1,25 à 1,30 millicuries détruites, par centimètre carré de surface irradiée.

L'irradiation doit durer de 30 à 40 heures, réparties sur quatre à six jours consécutifs, suivant les réactions du malade.

Il ne faut employer des doses ni trop fractionnées, ni trop espacées, ni trop répétées, mais il ne faut pas tomber dans l'excès contraire.

En cas de récurrence, ne jamais recourir de nouveau au radium à cause de la radio-immunisation créée.

A ce moment on a le choix entre la chirurgie ou la diathermie.

Cette dernière sera employée en cas de récurrence légère, et peu étendue.

L'intervention chirurgicale est indiquée lorsque :

1° L'épithélioma ne réagit plus aux irradiations ;

2° La lésion est très étendue et a envahi l'os sous-jacent ;

3° Le malade présente des douleurs qui trahissent la radio-nécrose en activité ;

4° Il y a de l'infection.

Cinq à six mois après la cicatrisation complète, on peut entreprendre de faire des corrections esthétiques.

Les épithéliomas baso-cellulaires traités par les irradiations guérissent dans 90 % des cas (Francis Carter Wood) et les spino-cellulaires traités par une bonne technique guérissent aussi souvent que les baso-cellulaires (Regaud).

Enfin, le pronostic des épithéliomas de la cloison est moins sombre que celui des épithéliomas des autres régions du nez, parce que les signes fonctionnels apparaissent précocement et permettent de faire le diagnostic et de traiter à une période peu avancée de leur évolution.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

OMBRÉDANNE.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ARCELIN. — *Epithélioma de l'aile gauche du nez. Radiothérapie. Lyon Médical*, 25 novembre 1922.

ALLAIRE. — *Epithélioma du nez. Traitement par les Rayons X filtrés. Gazette Médicale de Nantes*, 29 avril 1911.

ARDENNE. — *Traitement des tumeurs malignes des fosses nasales. Paris Médical*, 10 juillet 1920.

BARRAT. — *Contribution à l'étude du cancer du nez. Thèse de Bordeaux*, 10 décembre 1924.

BLAZY. — *Contribution à l'étude des tumeurs malignes et primitives de la cloison. Thèse de Bordeaux*, 1896.

BOURGEOIS Paul. — *Thèse de Paris*, 1901-1902.

CASANBIANCA. — *Affections de la cloison. Thèse de Paris*, 1876.

CASTELLANI. — *Lyon Médical*, 1914, p. 260, 262.

CASTEX. — *Bulletin de laryngologie*, 1^{er} janvier 1909.

CLAOUÉ. — *Thèse de Bordeaux*, 1885-86.

DREYFUS Robert. — *Archives de la laryngologie*, mars-avril 1892.

DUJARDIN et GORIS. — *Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles*, 15 juillet 1923.

- DUPEYRAC. — *Guérison par le Radium d'un épithélioma pénétrant du nez.* *Marseille Médical*, 1^{er} octobre 1920.
- FAIDHERBE. — *Traitement par le chlorate de potasse.* *Echo médical*, 5 décembre 1891.
- FAIX. — *Deux cas d'épithélioma du nez traités par l'excérèse et la fulguration.* *Gazette Médicale du Centre*, 1^{er} novembre 1909.
- GAYET. — *Epithélioma des fosses nasales. Ablation après abaissement du nez.* Société de chirurgie de Lyon. In *Lyon Médical*, 18 août 1907.
- GOURDIAT. — Thèse de Lyon, 1896-97.
- GOUGUENHEIM et HÉLARY. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1893, n° 4.
- HEYNIX et HAUCHAMPS. — *Epithélioma perlé du lobe nasal. Coupe microscopique. Radiothérapie. Guérison.* *Arch. internationales de laryngologie*, 1906, n° 1, p. 208.
- MACINTYRE. — *Epithéliomas de la cloison.* *Journal de la rhynologie*, 1894.
- LEQUERRÉ. — Thèse de Bordeaux, 1921-1922.
- LIARAS. — *Epithélioma traité par les applications d'acide arsénieux.* *Journal de méd. de Bordeaux*, 1898, n° 8, p. 91.
- MATHEY CORNAT et BARRAT. — *Radio et Radiumthérapie des cancers cutanés du nez.* *Revue de laryngologie*, 30 septembre 1924.
- MARTENNE A. — *Radiumthérapie.* Thèse de Lyon, 1919-1920.
- NOGIER. — *Lyon Médical*, 1^{er} fascicule, 1914.
- PORTMANN. — *Cancer du nez.* Bibliothèque du cancer.
- PATTERSON. — *Diathermie.* *Archives internationales de laryngologie*, 1924, n° 1, p. 189.
- STAMATIADÈS. — Thèse Paris, 1895.
- TOMMASI. — *Papillome du septum nasal.* *Arch. ital. di laryngol.*, fasc. 1, 1927, p. 81.



LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

--	--	--